UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 208

PAPILLOMES ET KYSTOMES PAPILLAIRES

DES GALACTOPHORES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1920

PAR

Mme Marie HOFFMANN

Née CHASSARY

Née à Montpellier, le 8 décembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, professeur, *Président.* / MASSABUAU, professeur. / GRYNFELTT, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 208

PAPILLOMES ET KYSTOMES PAPILLAIRES

DES GALACTOPHORES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

M^me^ Marie HOFFMANN

Née CHASSARY

Née à Montpellier, le 8 décembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, professeur, *Président*. MASSABUAU, professeur. GRYNFELTT, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	FORGUE (O ✲)	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM	TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O ✲).
Physiologie		HEDON (✲).
Histologie		VIALLETON
Clinique médicale		DUCAMP (✲)
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲)
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES (✲).
Anatomie pathologique		MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale		DERRIEN (⚚)
Microbiologie		N. . .
Pathologie interne		N...
Clinique médicale		N...
Médecine légale et toxicologie		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynecologique	MM	DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU (O ✲ ⚜, a. I. (ch. de c.)
Médecine opératoire		SOUBEYRAN ✲ ⚜, a. I. (ch. de c.)
Pathologie externe		RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards		EUZIÈRE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements		P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale		CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie		LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie		WATON ✲ (⚜), doct (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE
LEENHARDT	RUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ⚜).	J. DELMAS (⚜).	VALLOIS H. ⚚ (ch. d'agr.
RICHE	RIMBAUD ✲	

Examinateurs de la thèse

MM. TÉDENAT, professeur, *Président* | MM. GRYNFELTT, agrégé.
MASSABUAU, prof. |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux et reconnaissant
hommage.

M. HOFFMANN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

M. HOFFMANN.

PAPILLOMES ET KYSTOMES PAPILLAIRES

DES

GALACTOPHORES

INTRODUCTION

Déjà, avant la « Grande guerre », le sujet de notre thèse inaugurale a été l'objet de nombreuses discussions dans les Sociétés de chirurgie des différents pays. De la lecture de leurs comptes-rendus, se dégage une impression plutôt fâcheuse sur la nature et l'évolution de l'épithélioma intra-canaliculaire. Elle trouve d'ailleurs toute son expression dans l'étiquette histologique apposée à cette variété de tumeur.

Nous croyons ce jugement quelque peu rigoureux, et nous essayerons, dans ce travail, d'étayer notre façon de voir par plusieurs observations gracieusement mises à notre disposition par M. le professeur Tédenat. Elles montrent des guérisons post-opératoires datant respectivement de 16, de 29 ans. Une femme qui a refusé l'intervention, il y a 50 ans, a été revue à plusieurs reprises. En 1915, la tumeur présenta les mêmes dimensions qu'au moment du

premier examen. L'écoulement par le mamelon était toutefois moins copieux, et, de sanglant, était devenu presque incolore.

Notre travail débutera par la description des diverses modalités que peut affecter l'écoulement du sang par le mamelon. L'étude détaillée de cet accident mérite cette attention. Il rend de réels services aux malades. Le caractère persistant de ces écoulements frappe leur imagination et les amène à consulter le médecin. Certains auteurs, comme Delbet, lui ont assigné un pronostic grave. L'étude de la valeur séméiologique de l'écoulement de sang fera ensuite ressortir la haute signification clinique de ce symptôme précurseur et révélateur de l'épithélioma intra-canaliculaire.

Le tableau clinique de l'entité morbide de cette affection, une fois dressé, nous donnerons un aperçu de l'anatomie pathologique de cette variété de tumeur.

Au chapitre suivant, nous nous préoccuperons du diagnostic différentiel. Le pronostic nous fournira alors les bases d'un traitement chirurgical approprié.

Telles sont les idées qui nous ont guidée dans la conception de ce travail et que nous tâcherons de mettre en lumière.

LES DIVERSES MODALITES DE L'ECOULEMENT DU SANG PAR LE MAMELON

Avant d'aborder l'étude séméiologique de l'écoulement du sang par le mamelon, nous allons passer en revue les diverses modalités que peut revêtir ce phénomène dans les affections du sein, et spécialement dans l'épithélioma intracanaliculaire.

Les caractères physiques de cet accident dépendent principalement de la proportion des hématies contenues dans le liquide rejeté par le mamelon. C'est rarement un suintement de sang pur que l'on observe. Le plus souvent, l'écoulement est constitué par un liquide sanguinolent, une sérosité plus ou moins teintée de sang qui laisse une tache rosée sur le linge et offre très peu de tendance à la coagulation spontanée.

Un type assez fréquent de ces décharges par le mamelon est fourni par l'issue d'un liquide incolore et seulement histologiquement hémorragique; 25 p. 100 d'épithéliomas intracanaliculaires donneraient lieu à ce phénomène. Il importe donc d'examiner au microscope les écoulements incolores ou lactescents du sein, afin de pouvoir les rapporter à leur véritable cause.

La coloration du liquide rejeté est assez uniforme. Le sang, par son séjour plus ou moins prolongé dans les ca-

naux galactophores ou les cavités kystiques dans lesquelles il s'est répandu, subit des modifications; il est brun, marc de café, encre de Chine. L'écoulement est rutilant quand le sang, dès sa sortie des vaisseaux, s'épanche directement au dehors. Nous n'insistons pas sur les écoulements incolores ou lactescents qui peuvent être, dans certains cas, striés de sang rouge.

La quantité de liquide émis à chaque écoulement oscille entre quelques gouttes et plusieurs centimètres cubes.

Quelquefois cependant, il peut survenir des évacuations massives, soit spontanément, soit surtout sous l'influence des pressions exercées dans un but thérapeutique ou diagnostique sur le sein. Ceci répond à l'expulsion des sérosités retenues dans les cavités kystiques et dont les végétations néoformées avaient oblitéré la lumière des canaux galactophores.

Les liquides évacués par le mamelon sont fréquemment de consistance visqueuse. La répartition des écoulements est très irrégulière; ils revêtent le plus souvent un caractère intermittent. En dehors des cas où elles ne reviennent qu'au moment des menstrues, le caprice seul règle le rythme de ces hémorragies. Elles sont distantes les unes des autres de plusieurs jours, de plusieurs semaines, de plusieurs mois.

L'émission devient rarement continue, et tellement impressionnante que le médecin est appelé à intervenir d'urgence.

Sous l'influence de plusieurs facteurs, cet écoulement, qui se fait fréquemment d'une manière spontanée ou que l'on peut aussi provoquer par la pression de la tumeur, subit des variations d'intensité.

Ainsi, dans nombre de cas, la menstruation en augmente le rendement; la grossesse peut avoir le même effet. Quel-

quefois l'hémorragie par le mamelon se produit uniquement au moment des règles.

Le caractère physique de l'écoulement peut varier aussi comme intensité. Souvent lactescent ou incolore au début de l'affection, il devient plus tard franchement sanguinolent ou même sanglant.

CAUSES
DE L'ECOULEMENT DU SANG
PAR LE MAMELON

Les écoulements de sang par le mamelon relèvent le plus souvent de l'épithélioma intracanaliculaire. Ce phénomène, sans être pathognomonique, constitue à la fois un signe précurseur et un signe révélateur. Il est pour l'épithélioma intracanaliculaire ce que l'hémoptysie prémonitoire est pour la bacillose. Il précède en général l'apparition de la tumeur de plusieurs années. Il accompagne en outre ces néoplasmes dans 75 p. 100 des cas, et dans un tiers de ces observations cliniques, l'écoulement n'apparaît hémorragique qu'au microscope.

D'après Gross, 7 p. 100 des épithéliomas atypiques donneraient lieu à un écoulement. D'autres auteurs ne relèvent que 3 à 5 p. 100; encore faut-il ajouter que ces écoulements ne sont pas toujours de nature sanguinolente. Ils ont pour cause, soit un cancer primitif des galactophores, soit des lésions inflammatoires compliquant un épithélioma du sein. Ils sont dus aussi à une infiltration maligne des canaux excréteurs, secondaire à un cancer de la mamelle. D'ailleurs l'écoulement observé dans les épithéliomas atypiques détermine presque régulièrement de l'eczéma au niveau de l'aréole, à l'encontre de l'épithélioma intracanaliculaire où pareil fait ne s'observe jamais.

L'adénosarcome, peu fréquent au niveau de la mamelle, provoque aussi un écoulement sanguinolent.

Les tumeurs bénignes occasionnent rarement des hémorragies par le mamelon. On les observe parfois dans l'adénofibrome (Vignard, *Gazette médicale de Nantes,* 1911), mais surtout dans la variété intracanaliculaire (50 p. 100). Vanverts signale un cas d'adéno-myxo-fibrome intracanaliculaire accompagné d'écoulement de sang.

La maladie kystique de Reclus donne exceptionnellement lieu à cet accident.

L'hystérie, la grande simulatrice, pourrait, d'après certains auteurs, créer de toutes pièces ce phénomène. Depuis les travaux de Babinski sur cette névrose, on est devenu moins affirmatif et on doit chercher ailleurs les raisons de ce symptôme.

Plus intéressants sont les trois cas de menstruation supplémentaire par le mamelon, signalés par Hirschberg; ils trouvent leur explication probable dans un trouble de la sécrétion interne ou dans une perturbation vaso-motrice.

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude de la valeur séméiologique de l'écoulement de sang par le mamelon, a fait ressortir que ce symptôme relève en général d'une variété de tumeurs pour laquelle Labbé et Coyne ont proposé le terme d' « Epithélioma intracanaliculaire ». Il nous reste à esquisser rapidement les caractères physiques et cliniques de ces néoplasies.

Dans la majorité des cas, l'examen clinique leur reconnaît un siège rétro-mamelonnaire. La palpation les découvre plus rarement dans les parties périphériques de la glande. Cette situation centrale a une grande valeur diagnostique. Associée à l'écoulement de sang par le mamelon, elle constitue en effet un syndrome presque caractéristique de l'épithélioma intracanaliculaire.

Le volume de ces tumeurs oscille en moyenne entre celui d'une noisette et celui d'un œuf de poule. Rarement elles atteignent les dimensions d'une mandarine.

La palpation les isole nettement du tissu ambiant. Leur encapsulement par une coque fibreuse explique facilement ce caractère clinique.

Elles sont mobiles sur les parties sous-jacentes. L'épithélioma revêt généralement une forme ovoïde à grand axe dirigé dans le sens radié des galactophores. Le contour est plus ou moins lobulé. La constitution de la tumeur par la réunion de plusieurs petites cavités kystiques explique suffisamment cette disposition. La consistance est ferme, élastique, quand le kyste est farci de végétations; réni-

tente, s'il y a du liquide en rétention ou peu de formations papillomateuses dans la poche kystique. Quelquefois la tumeur présente des alternatives d'augmentation et de diminution, grâce à un saignement survenu à l'intérieur de la cavité, et à l'évacuation consécutive, spontanée ou thérapeutique, de ce liquide.

L'épithélioma intracanaliculaire ne pousse pas de prolongements rameux dans le tissu de la glande mammaire; cela explique la mobilité de la tumeur, en opposition avec le cancer qui contracte des adhérences avec la peau et les plans profonds. Le mamelon n'est pas rétracté, mais des tractions exercées sur lui impriment à la tumeur des mouvements explicables par le développement de l'épithélioma intracanaliculaire aux dépens des canaux galactophores.

Exceptionnellemnt, un bouquet de végétations intrakystiques peut venir s'étaler au sommet du mamelon.

La pression ne provoque aucune douleur, elle fait sourdre fréquemment un liquide sanguinolent.

L'examen des ganglions axillaires ne révèle rien d'anormal.

L'inspection de la peau ne fournit que peu de renseignements. La tumeur la soulève rarement; elle reste normale; quelquefois cependant elle présente une légère teinte ecchymotique qui semble être en relation avec un épanchement hémorragique récemment survenu dans le kyste.

Le seul symptôme fonctionnel, et qui est loin d'être constant, consiste dans une vague sensation d'endolorissement; il est rare de voir la douleur revêtir un caractère intense.

Ajoutons à ces données classiques que cette affection survient chez la femme entre 30 et 60 ans (elle ne méprise pas cependant le sein mâle), qu'elle forme généralement une tumeur unique à siège unilatéral, et que son évolution lente n'altère pas l'état général.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'entité morbide dont nous venons de tracer le tableau clinique relève de l'épithélioma intracanaliculaire. Le choix de ce terme n'a pas été très heureux ; il implique l'idée d'un néoplasme malin. La clinique, en contradiction avec le laboratoire, assigne à cette variété de tumeurs une évolution bénigne dans la grande majorité des cas. Labbé et Coyne, qui ont été parmi les premiers à étudier cette affection, voulaient, par ce terme, consacrer leur façon de voir. Pour eux, et pour l'Ecole française de cette époque, ce néoplasme représentait un cancer primitif des galactophores. Cornil et Ranvier ont proposé plus tard l'expression de « Carcinome villeux » et celle d' « Epithéliome dendritique ». A l'heure actuelle, la terminologie de cette affection est très riche ; elle réflète jusqu'à un certain point les difficultés que cause l'interprétation des images histologiques de ces néoplasmes.

Il nous semble plus logique de retenir le terme de « papillomes des galactophores » pour cette variété de tumeurs. Il tient compte de l'élément essentiel dont elles sont constituées et a l'avantage de ne rien préjuger du pronostic.

Les papillomes des galactophores se développent dans les canaux excréteurs de la mamelle. Au fur et à mesure de leur formation, ceux-ci sont dilatés secondairement et

finissent par former la capsule d'une tumeur d'aspect massif développée à leur intérieur.

L'examen macroscopique d'une coupe donne l'illusion d'un cancer.

Le raclage de la surface de section fournit un suc laiteux contenant des cellules cylindriques hautes. Sous le microscope, la coupe, d'aspect uniforme à l'œil nu, se résout en un lacis inextricable de trabécules. Les parois de ces alvéoles sont constituées par un axe conjonctivo-vasculaire grêle qui, de part et d'autre, est tapissé d'une ou de plusieurs rangées de cellules cylindriques hautes absolument régulières. Ces trabécules donnent à leur tour naissance à des végétations papillaires de structure très fine et de même constitution histologique que ces premières. Il n'est pas sans intérêt de signaler que les papilles ne possèdent pas de vitrée.

La seconde variété de tumeur, qui est plus fréquente que la forme massive, résulte du développement secondaire d'excroissances arborescentes dans une cavité kystique préformée aux dépens des canaux excréteurs de la mamelle.

Sur la paroi interne des kystes s'insère un gros bourgeon charnu, sessile ou pédiculé, isolé; assez souvent plusieurs bourgeons se groupent et forment ainsi de petites tumeurs en choux-fleurs. Le plus souvent, cependant, des végétations nombreuses, serrées et fines, s'implantent sur une certaine étendue de la paroi et flottent dans le contenu liquide de la cavité néoplasique ou pénètrent dans les gros canaux excréteurs, méritant bien les dénominations d' « épithéliomes dendritiques, intracanaliculaires », ou celle de « villous growth ».

Ces végétations ou villosités sont constituées aussi par un axe conjonctif très mince traversé par un vaisseau ca-

pillaire et revêtu d'une ou de plusieurs assises épithéliales cylindriques et absolument typiques.

La vascularisation de ces papilles présente souvent un caractère angiomateux et explique ainsi la fréquence des hémorragies dans l'épithélioma intracanaliculaire. Ajoutons à cela que l'examen histologique montre une production exubérante de cellules cylindriques au sommet des végétations qui, très souvent, sont renflées en battant de cloche. La chute de ces cellules entraîne facilement l'ouverture des capillaires et montre un autre côté du mécanisme occasionnant l'hémorragie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de l'épithélioma intracanaliculaire repose sur la constatation d'un syndrome constitué par les deux éléments cardinaux suivants : la présence d'une tumeur à marche lente et à siège rétromamelonnaire et l'écoulement de sang par le mamelon. Le diagnostic devient délicat quand l'un de ces deux symptômes fait défaut. Lorsque l'examen clinique décèle dans le sein une tumeur à siège sous-aréolaire et que l'on relève en même temps un écoulement de sang par le mamelon, le diagnostic s'aiguille automatiquement vers l'épithélioma intracanaliculaire ; mais l'absence de ce dernier symptôme entraîne des incertitudes sérieuses sur la nature du néoplasme qu'il faut alors différencier de toutes les tumeurs malignes ou bénignes ou inflammatoires de la mamelle.

Diagnostic différentiel avec les tumeurs bénignes. — L'adénofibrome peut donner le change avec l'épithélioma dendritique, lorsqu'il siège en arrière du mamelon. D'après certains auteurs, il présenterait cette localisation centrale dans 11 p. 100 des cas ; mais l'absence d'écoulement sanglant par le mamelon en permet la différenciation.

Ajoutons que l'adénofibrome est l'apanage de la femme jeune, tandis que l'épithélioma intracanaliculaire a son maximum de fréquence après l'âge mûr. Il est de toute

évidence que ce dernier, lorsqu'il ne s'accompagne pas d'un écoulement sanguinolent en impose en général pour un adénofibrome.

Les difficultés diagnostiques sont portées à leur comble dans l'adénofibrome intracanaliculaire où il se fait fréquemment un écoulement plus ou moins sanguinolent. L'âge de la malade constitue la seule présomption en faveur de l'une de ces deux affections.

Vanverts relate dans l'*Echo médical du Nord,* 1910, p. 319, un adéno-myxo-fibrome intracanaliculaire ayant présenté au complet la symptomatologie de l'épithélioma intracanaliculaire. Le cystadénome revêt exceptionnellement le masque de l'épithélioma dendritique. En général, la ponction exploratrice permet de trancher le diagnostic. Le liquide retiré est, le plus souvent séreux, et on observe rarement un écoulement sanglant.

La maladie de Reclus prête peu à discussion. La bilatéralité de cette affection et la pluralité des nodosités la caractérisent suffisamment. Il peut surgir des difficultés d'interprétation quand l'un des kystes se développe de préférence, atteint un certain volume et occupe la partie centrale du sein. Fréquemment cette variété de tumeur produit sur les parois kystiques des végétations qui peuvent donner lieu à des écoulements plus ou moins sanguinolents.

La pathogénie de ces kystes diffère de celle du papillome des galactophores, mais cliniquement il est parfois malaisé de porter le bon diagnostic.

En général, cependant, la maladie kystique affecte les portions périphériques de la mamelle et s'attaque surtout au sein jeune.

Les kystes simples ou séreux qui surviennent vers l'âge de 40 ans, produisent rarement des évacuations sanguinolentes. La ponction exploratrice en donnant issue à un liquide séreux permet de reconnaître leur nature.

Les kystes sébacés ou dermoïdes à siège intramammaire sont trop rares pour que nous nous arrêtions à leur diagnostic.

Diagnostic avec les tumeurs inflammatoires. — Un noyau de mammite chronique, quand la lésion est restée localisée à la partie centrale du sein, peut simuler l'épithélioma dendritique. L'interrogatoire de la malade fournit alors la clé du diagnostic. Cette affection évolue en général pendant la lactation ou après le sevrage.

Lorsqu'on est en présence d'un abcès chronique de la mamelle, la ponction exploratrice permet de trancher le diagnostic.

La mastite tuberculeuse, dans sa forme nodulaire, peut prêter sujet à confusion. Scott publie dans les *Bartholomew's Hosp. Reports* (1905), 4 observations avec écoulement, dont une avec écoulement sanglant.

La tuberculose a pour siège d'évolution le segment externe de la mamelle. Le nodule tuberculeux est boselé, mal circonscrit, et, fait clinique important, s'accompagne d'une adénopathie axillaire bien marquée. Sa marche est très rapide. La caséification et la fistulisation consécutive des ganglions et de la tumeur ne tardent pas à venir éclairer le diagnostic un moment hésitant.

Le galactocèle se différencie de l'épithélioma intracanaliculaire par son apparition au cours de l'allaitement ou à l'époque du sevrage, le caractère franchement lactescent de l'écoulement et du liquide retiré par ponction exploratrice. A la pression, le doigt produit en outre un godet caractéristique.

La syphilis tertiaire crée rarement des difficultés d'interprétation. Elle se localise peu au sein. Les gommes seront reconnues grâce aux antécédents de la malade, à la réaction de Wassermann et par le traitement d'épreuve.

Diagnostic des tumeurs malignes. — En général, le diagnostic des tumeurs malignes examinées à leur période d'état s'impose. Elles occupent ordinairement le segment supéro-externe du sein. Dans certaines circonstances cependant, elles peuvent, au début de leur évolution, accuser une analogie frappante avec la symptomatologie du papillome des galactophores. Ces conditions sont remplies par un cancer à siège central, ce qui est rare, s'accompagnant d'un écoulement sanglant par le mamelon (5 p. 100 des épithéliomas atypiques présenteraient cette particularité). Mais les néoplasmes malins, à part le squirrhe, évoluent rapidement, donnent lieu à une adénopathie axillaire.

La rétraction du mamelon, exceptionnelle dans l'épithélioma dendritique, survient assez régulièrement, un peu tard, il est vrai. La tumeur maligne est immobile sur le reste de la glande et se détache moins nettement sur le parenchyme de la mamelle. Ainsi, un nodule ou un kyste cancéreux situé en pleine glande et examiné au début de son évolution, peut présenter une identité clinique avec l'épithélioma intracanaliculaire. Il est même difficile de le distinguer d'un simple fibroadénome.

Cependant les néoplasmes malins sont mal délimités dès leur apparition; ils envoient des prolongements rameux dans les tissus environnants et créent ainsi des adhérences à la peau et aux plans profonds.

L'adénosarcome apparaît au début comme un nodule bien mobile et franchement isolable. Il s'accompagne assez souvent d'un écoulement et reste longtemps stationnaire. Les ganglions axillaires ne sont pas engorgés. Plus tard, quand l'adénosarcome s'accroît rapidement, la symptomatologie est si nette qu'il n'y a plus de doute possible.

PRONOSTIC

En général, le pronostic est fonction de la structure microscopique d'une tumeur. L'esquisse anatomo-pathologique que nous avons tracée de l'épithélioma intracanaliculaire a montré que cette variété de néoplasme est histologiquement bénigne. Les axes conjonctivo-vasculaires des végétations papillaires sont, en effet, revêtus d'une ou de plusieurs couches de cellules épithéliales cylindriques absolument régulières et sans trace d'une évolution métatypique. L'absence de membrane basale doit cependant éveiller des soupçons chez l'observateur averti et expert. Ce manque de vitrée destinée, nous semble-t-il, à former une digue contre la tendance à la prolifération désordonnée de l'épithélium, doit prédisposer à la dégénérescence maligne, si toutefois il existe une transformation maligne des néoplasmes bénins. Les faits sur lesquels repose cette allégation n'ont, en effet, rien de probant et la controverse à ce sujet ne sera pas tranchée tant que persistera notre ignorance de la pathogénie des tumeurs. En résumé, l'histologie ne possède aucun criterium certain de la bénignité ou de la malignité des tumeurs; ces notions sont surtout du domaine de la clinique.

L'observation clinique montre que l'épithélioma dendritique forme, dans la très grande majorité des cas, des tumeurs encapsulées et à marche très lente. Elles ne présentent ni adhérences à la peau et aux plans profonds, ni adé-

nopathies; elles n'altèrent pas l'état général; cependant il existe quelques faits contradictoires qui prêtent à réflexion. Reverdin et Mayor ont perdu une malade par généralisation cancéreuse, malgré l'amputation totale du sein, avec curage de l'aisselle (voir bibliographie); Péan et Cornil ont trouvé dans un ganglion axillaire une métastase à cellules épithéliales cylindriques (observation V); Bowbly a observé chez une femme des récidives multiples (observation VIII); ajoutons que certains auteurs, comme Bloodgood, prétendent que la dégénérescence maligne surviendrait dans 50 p. 100 des cas, tandis que Greenough n'en accuse que 15 p. 100.

Concluons: l'épithélioma intracanaliculaire a un pronostic relativement bénin; l'évolution maligne est exceptionnelle; nous sommes même enclin à penser que les cas où l'on relate une transformation maligne ne seraient, en dernier lieu, que les cancers primitifs des galactophores, dont le début, et par conséquent le diagnostic différentiel, sont cliniquement insaisissable.

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un traitement : c'est l'intervention armée et raisonnée. L'étendue de l'acte opératoire doit être, en effet, proportionnée à l'étendue des lésions ; elle est commandée d'une façon absolue par la dégénérescence maligne.

Tout en défendant la résection partielle, nous ne prétendons pas attaquer l'ablation totale du sein opérée sous certaines réserves. Nous pensons, en effet, que ce serait faire œuvre de trop de rigueur en sacrifiant systématiquement tout le sein et en faisant suivre cet acte d'un curage de l'aisselle dès que l'on aurait diagnostiqué un épithélioma dendritique. Les chiffres que l'on pourrait actuellement jeter dans la balance pour faire pencher le plateau du côté de l'intervention radicale ne sont pas pour emporter notre conviction.

L'épithélioma intracanaliculaire est une tumeur à structure histologiquement bénigne et à évolution bénigne dans la très grande majorité des cas.

Le cauchemar de la récidive et de la transformation clinique ne doit pas enlever au clinicien son bon sens critique. En toutes choses, justes mesures. L'important, en effet, n'est pas que l'exérèse soit large ou restreinte, mais qu'elle soit réellement suffisante. Les résultats de l'opération parcimonieuse sont tellement bons qu'ils compensent ces risques de complications plus ou moins problématiques.

Ajoutons que l'ablation partielle n'est pas seulement efficace; elle a l'avantage d'être incontestablement plus simple, plus bénigne et plus esthétique.

Obstinons-nous donc à appliquer le principe de la sélections opératoire raisonnée, si utile et si conforme à l'esprit français.

Soit une tumeur de petit volume; on l'abordera par une incision intéressant l'air aréolaire dans le sens radié ou en suivant le bord périphérique de l'aréole sur une étendue plus ou moins grande. Le contact avec la tumeur établi, on la disséquera en dépassant les limites macroscopiques du mal.

Eccles fend le mamelon en deux moitiés et les rabat comme des volets, incise l'aréole et la peau de la mamelle et fait l'énucléation de la tumeur. L'extirpation faite, il rapproche les deux battants par quelques points de suture.

Il prétend obtenir ainsi une réunion rapide sans déformation du mamelon et sans cicatrice pratiquement visible. On peut aussi avoir recours à un procédé esthétique: incision axillaire à la manière de Morestin.

Il est recommandable d'aborder la tumeur par le sillon sous-mammaire qui masquera plus tard la cicatrice.

Autre est la façon de procéder quand la tumeur atteint un certain volume. Ici l'amputation partielle ou totale s'impose selon l'étendue de la lésion.

L'intervention radicale reprend tous ses droits et constitue la seule ressource rationnelle quand l'examen clinique a fait découvrir avant l'opération des ganglions suspects, des adhérences, une tumeur mal limitée, ou que, pendant l'opération, la néoplasie qui, cliniquement était bénigne, démasque sa véritable nature, soit à l'œil nu, soit à l'examen d'une coupe histologique préparée extemporanément.

Toute opération partielle, dans ces cas, serait exposée à être incomplète. Il faut courageusement sacrifier toute la glande avec les ganglions tributaires. C'est là le seul moyen de supprimer l'action infectante des coulées épithéliales déversées dans les vaisseaux lymphatiques et prêtes à mettre en jeu la « perméation lympathique ».

OBSERVATIONS

Observation Première

Inédite

Papillomes des galactophores. — Écoulement sanguin. — Excision
Lactations ultérieures (Professeur Tédenat).

Mlle J. C..., 19 ans, belle jeune fille, bien musclée, réglée à 12 ans et toujours de façon très régulière pendant trois ou quatre jours. A l'âge de 15 ans étant en pension à Nimes elle observa à chaque période menstruelle, l'écoulement par le mamelon, de quelques gouttes de liquide brun noir, tachant le linge. Le docteur Bonnes conseilla des applications de compresses chaudes pour calmer un certain degré de tension douloureuse qui coïncidait avec cet écoulement et qui durait cinq ou six jours à chaque période menstruelle. Rentrée dans sa famille, ces écoulements continuaient pendant la période menstruelle et assez souvent entre les périodes. Le docteur Rouvier (de Pignan), constata l'existence d'une tumeur du volume du noyau d'une amande, à surface vaguement lobulée. Pressée entre les doigts, la tumeur disparut presque totalement après écoulement d'environ une demi-cuillerée à café de liquide brun noir. La tumeur se reproduisit quelques jours plus tard et augmenta à la menstruation suivante pendant laquelle quelques gouttes de liquide suintaient plusieurs fois par

jour. Deux mois plus tard (6 mai 1884), je vis la jeune fille avec le docteur Rouvier. Excellente santé générale, seins volumineux, bien glandés. A la partie externe de l'aréole du sein gauche, tumeur du volume d'une petite amande à grand axe radié, finement grenue, sans induration des téguments qui sont souples et mobiles, sans rétraction du mamelon, bien saillant. La pression sur la tumeur évacue un plein dé à coudre de liquide noir, un peu filant; continuant la pression entre le pouce et l'index, il s'écoule quelques gouttes de sang. Pas de ganglions axillaires. Pas de douleurs, sauf un peu de tension désagréable.

Le 15 juin 1884, après anesthésie générale, je pratiquai l'opération suivante: incision radiée de cinq centimètres, commençant à un centimètre en dehors de la racine du mamelon, dissection des téguments; la petite poche kystique de couleur blanc grisâtre, dure, est disséquée soigneusement et excisée. Trois points de suture au fil d'argent fin. Pansement compressif. Réunion immédiate (23 juin 1884). Les règles vinrent douze jours après. Un peu de tension au niveau du mamelon, bien moindre qu'avant l'opération, pas d'écoulement par le mamelon dont l'aspect est normal.

Mon opérée s'est mariée en 1886 au mois de novembre. Elle a eu quatre accouchements (1888-91-94-98) et a pu nourrir ses quatre enfants et presque aussi bien du sein gauche opéré que du sein droit.

Je l'ai souvent revue. Elle était préoccupée par la crainte de l'âge critique. Ses deux seins sont fortement flétris (1913) mais je n'y ai trouvé aucun nodule ni à la périphérie, ni dans la région occupée par le kyste qui donnait du sang.

Examen de la masse excisée. — La tumeur a quatre centimètres de longueur; la largeur varie de huit à quinze

millimètres. Elle est finement lobulée, couverte de filaments connectifs. Une petite quantité de son contenu a été vidée pendant l'opération, et la poche est encore un peu tendue. Incisée suivant sa longueur, sa paroi blanchâtre, dure, fibreuse, a une épaisseur qui varie de un à trois millimètres suivant les points. Elle est remplie par une masse grenue avec filaments papilliformes qui flottent sous un filet d'eau. En plusieurs points, sous filet d'eau, on voit des pédicules fins, trois sont bien distincts. Des coupes histologiques faites après durcissement dans l'acide picrique et colorées au picro-carmin montrent une charpente connective peu développée et un revêtement de cellules épithéliales à plusieurs couches. L'épithélium superficiel est presque plat, à noyau peu net; les cellules épithéliales profondes sont cubiques. Pas d'infiltrat épithélial de la paroi kystique.

Observation II

Inédite

Nodule sous-aréolaire externe du sein gauche. — Écoulement noir. — Observé entre 21 et 60 ans. (Professeur Tédenat.)

Mme C. de G..., 30 ans. Femme très belle, de très forte santé. Réglée à 12 ans, très régulièrement pendant quatre ou cinq jours et abondamment. Mariée à 18 ans. Accouchement normal à 19 ans. Allaite sans incident pendant douze mois. Seconde grossesse peu après la fin de ce nourrissage. Vers la fin de cette seconde grossesse, le sein droit donne du « lait clair », quelques gouttes quand on le presse; le sein gauche, donne sans qu'on le presse de nombreuses gouttes d' « encre de Chine ». Ainsi s'exprime Mme de G...

Depuis il y a eu quatre grossesses normales avec accouchements faciles et sans incidents. Il y a eu chaque fois abondante montée de lait, mais, sans qu'il y eut douleur, ni excoriations. Mme de G... n'a plus nourri, uniquement à « cause de sa vie mondaine », je pourrais dire très mondaine.

L'écoulement « encre de Chine » a toujours persisté depuis la fin de la deuxième grossesse, quelques gouttes tous les jours, de très nombreuses gouttes pendant les grossesses.

Mme de G... me consulta en juin 1886. Elle avait alors 30 ans et avait eu trois accouchements. Seins magnifiques, fermes, grenus. A la partie externe de l'aréole du sein gauche, on sent une tumeur grenue, à grand axe horizontal de trois à quatre centimètres; les téguments sont souples et mobiles. Pressée entre les doigts, il s'écoule une dizaine de gouttes de liquide filant noir; quelquefois une ou deux gouttes de sang rouge « lors des grandes caresses ». Je conseillai l'ablation du petit kyste; mon avis n'a pas été suivi. Je revis Mme de G... à plusieurs reprises entre 1886 et 1904. Aucune modification dans son état, sauf un flétrissement accentué des seins auquel la même tumeur n'a pas participé. On la sentait trois ans après la ménopause, mieux, mais ni plus ni moins grosse qu'antérieurement. Les écoulements sont beaucoup moindres et presque incolores. L'examen microscopique fait à plusieurs reprises, a montré des globules rouges plus ou moins reconnaissables, quelques globules blancs et des amas de cellules épithéliales se colorant mal.

Je sais que Mme de G..., âgée de 65 ans, jouit d'une excellente santé (juin 1915).

Observation III

Inédite. — Professeur Tédenat

Ecoulement séro-sanguinolent du sein droit, depuis 10 ans. — Épithélioma sous aréolaire. — Amputation du sein. — Guérison datant de 16 ans. (Observation recueillie par le Docteur Dussaud.)

M. L..., 47 ans. Bonne santé habituelle. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Accouchements et nourrissage sans accidents (21 et 26 ans). Cinq mois après le second sevrage, la malade constate, à chaque période menstruelle, l'écoulement par le sein droit de quelques gouttes de liquide rougeâtre, tachant le linge. Il dure pendant deux ou trois jours et cesse entièrement jusqu'à la menstruation suivante. Il n'y a pas de douleurs. Le docteur Dussaud est consulté trois ans plus tard, à cause de l'augmentation de ces écoulements. Il ne constate pas de tumeur du sein et conseille la compression ouatée et de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour.

Il ne revoit la malade que cinq ans plus tard. Le sang manquait pendant plusieurs menstruations, puis revenait quelques gouttes par jour. Par la pression hors de la période menstruelle on exprimait une « vague humidité » brune ou rosée. Cette fois le docteur Dussaud constate à trois centimètres du mamelon une petite masse noueuse du volume d'une amande, la peau est libre, le mamelon n'est pas rétracté. La pression sur la tumeur prise entre le pouce et l'index, donne deux ou trois gouttes de liquide visqueux brun. Il conseille à la malade de voir M. le professeur Tédenat, ce qu'elle fit six mois plus tard (mai 1903).

Bonne santé générale. Les règles, depuis six mois ont manqué deux fois. Elles ont duré trois jours, du 1 au 4 mai.

Sein gauche normal, ferme, grenu ; sein droit, à la partie externe, juste en dehors de l'aréole, tumeur du volume d'une grosse amande, grenue, mal limitée. La peau n'est pas franchement mobile sur la tumeur. Le mamelon n'est pas rétracté et est mobile.

Pas de ganglions axillaires. La pression sur la tumeur donne une gouttelette de liquide rosé. Pas de douleur provoquée par l'exploration. Comme le docteur Dussaud, M. Tédenat conseille l'amputation du sein. Elle est pratiquée le 10 mai 1903 et totale, c'est-à-dire de tout le sein droit, de la portion sterno-costale du grand pectoral, excision du tissu connectif et des ganglions de l'aisselle. Réunion immédiate (25 mai 1903).

M. Tédenat a revu la malade bien portante en juillet 1919.

La tumeur enlevée formait une masse fibroïde ayant, dans la région juxta-aréolaire, une cavité allongée de un centimètre et demi de long, à paroi bourgeonnante. L'examen microscopique montre la structure d'un squirrhe.

Observation IV

Inédite

Kyste périaréolaire du sein gauche avec papillomes frangés — Écoulement par le mamelon. — Amputation partielle. — Guérison persistant depuis 29 ans. (Docteur Tédenat.)

L. D..., 26 ans. Bonne santé générale. Réglée depuis l'âge de 14 ans, régulièrement pendant 3 ou 4 jours. Accouchement normal à 23 ans. Nourrissage sans incidents pendant 14 mois. Après le sevrage, le sein gauche a donné, pendant

cinq ou six mois, quelques gouttes de lait plusieurs fois par jour, parfois stries rougeâtres sur ce lait. Il y a un an, à la suite d'une légère contusion, non accompagnée soit de douleur, soit d'ecchymose, est survenu un écoulement de quelques gouttes de liquide brunâtre et à la menstruation suivante (vingt jours plus tard), quelques gouttes de sang noirâtre, quand la malade pressait sur le sein légèrement tendu. Le docteur Cambacédès conseille: compression ouato-caoutchoutée et du sirop d'iodure de fer (janvier 1890). Les écoulements reviennent à chaque époque menstruelle, quelquefois vraiment rouges. Il s'écoule une dizaine de gouttes.

Je vois la malade avec le docteur Cambacédès, le 18 mai 1890. Les deux seins sont bien grenus, fermes. A la partie externe de l'aréole du sein gauche, on sent une petite tumeur nodulée, cylindroïde de deux centimètres de long, de un centimètre de largeur moyenne; la peau est mobile. Pas de ganglions axillaires.

La pression sur la tumeur en exprime deux gouttelettes de liquide filant, rouge noir. Le petit nodule est à peine diminué de volume. Dix jours plus tard, au moment des règles, il coule tous les jours plusieurs gouttes du même liquide qui devient du sang clair sous la pression des doigts.

Le 24 juin, excision de la petite tumeur qui est enveloppée d'une zone fibreuse, épaisse de un centimètre. La masse enlevée a quatre centimètres de long dans le sens radié et trois centimètres de largeur à sa partie moyenne. Suture et réunion immédiate (8 juillet).

La tumeur incisée suivant sa longueur, présente une paroi fibreuse et une cavité allongée, fusiforme remplie par une masse grenue; plongée dans l'eau, on voit flotter des franges multiples, rosées. L'examen microscopique fait

dans le laboratoire du professeur Sabatier montre : charpente fibreuse et revêtement d'une couche simple de cellules cubiques. Le stoma fibreux présente quelques cellules fusiformes et de nombreux petits vaisseaux capillaires.

Mme L D... a accouché quatre ans plus tard, sans accidents ni du côté de l'utérus, ni du côté des seins. Elle n'a pas essayé de nourrir.

Elle jouit d'une excellente santé et rien n'est survenu du côté des seins (septembre 1919).

Observation V

Épithélioma papillaire du sein à cellules cylindriques. — Cas de Péan, rapporté par Cornil in traité des tumeurs du sein. 1908.

Le sein enlevé on ne voit aucun changement à la peau. Sur une coupe de l'organe examiné à l'œil nu, on peut constater un certain degré de ramollissement et on obtient au raclage un suc blanchâtre, laiteux qui contient une grande quantité de cellules cylindriques. Le canal galactophore contient un peu de liquide séreux ou louche.

Si l'on examine au microscope les végétations contenues dans le canal, on a des filaments formés d'un capillaire accompagné de très peu de tissu conjonctif et couvert de cellules épithéliales cylindriques.

Sur la coupe, on voit, à un faible grossissement, un tissu aréolaire découpé comme une dentelle dont les cavités, plus ou moins grandes, sont extrêmement rapprochées les unes des autres. Toutes ces cavités sont tapissées par une ou plusieurs couches de cellules en palissade cylindriques, très régulières, parallèles les unes aux autres, munies de noyaux ovoïdes, rapprochés de leurs base d'implantation.

Les cavités alvéolaires sont loin de posséder la même structure que les culs-de-sac glandulaires normaux; elles n'ont point de membrane propre hyaline, leurs cellules de revêtement sont plus régulières, plus hautes, plus cylindriques que les cellules contenues dans les culs-de-sac et les canaux galactophores normaux. Elles en dérivent suivant toute probabilité mais elles n'en ont plus les caractères.

Nota. — Dans ce cas, un ganglion axillaire était transformé par l'épithélium cylindrique.

Observation VI

Ill. — In Deaver John B. — The breast. 1918.

Mme E. G.,.. négresse, domestique, mariée sans enfants, est envoyée en mai 1893 en consultation par sa maîtresse pour un écoulement du sein gauche. Cette femme, âgée de 43 ans, bien réglée, présentait une bonne santé générale. Quelques années auparavant elle avait été opérée pour un gros polype utérin qui avait déterminé des hémorragies. L'écoulement par le mamelon gauche était assez copieux pour produire dans la journée, sur un mouchoir, plusieurs taches de la dimension d'un dollar en argent. La menstruation n'influençait pas cet écoulement.

Ce suintement était jaunâtre, liquide, et transparent et sous le microscope il montra quelques globules rouges et des leucocytes.

On découvrit une petite tumeur de deux centimètres de long sur un centimètre de large, située un peu en dedans du mamelon. Une pression modérée sur cette masse, montra que l'écoulement y avait son origine.

En juin, cette tumeur était devenue plus longue et donnait lieu à un écoulement plus abondant.

En 1903 on remarqua que la tumeur était devenue plurinodulaire et que l'écoulement par le mamelon avait augmenté considérablement. Ces tumeurs donnaient à la palpation une sensation molle et légèrement fluctuante.

Le 13 mars 1905 (12 ans après le début de l'affection) on procéda à l'amputation du sein.

L'examen montra que la tumeur était un kystome papillaire.

Observation VII

Pollard. — Trans. Path. Soc. London 1886. 37. P. 483.

Femme âgée de 60 ans, 6 enfants. Il y a douze ans, pendant une grossesse de 6 mois, elle remarqua un léger écoulement sanglant par le mamelon. Cet écoulement dura pendant 3 ans, et une tumeur verruqueuse de la grosseur d'un petit pois, vint faire saillie en dehors du mamelon. Après ligature on l'enleva, mais elle revint bientôt.

Puis elle fut détruite par des caustiques, mais elle repoussa et l'écoulement sanglant continua.

Il y a deux ans et demi, M. Farnell examina cette malade. Il y avait à ce moment une masse dure qui s'étendait à deux pouces en dehors du mamelon. L'écoulement séreux strié de sang continuait et fut augmenté par la pression de la tumeur. Pas d'adhérences à la peau et aucun engorgement des ganglions axillaires.

En octobre 1885, ablation simple du sein par M. Farnell. La tumeur était encapsulée mais de consistance friable.

L'examen microscopique décela un papillome arborescent typique.

Observation VIII

A. Bowlby : St-Bartholomews Hospital Reports. — Récidives locales répétées

Femme âgée de 43 ans, célibataire. Entre le 16 septembre 1883 à l'hôpital. Elle présente dans le sein gauche, depuis cinq mois, un nodule, en outre quelques petites tumeurs arrondies. Les ganglions axillaires sont normaux. On excise ces nodules.

En mai 1887, la malade retourne pour une récidive datant de un an. On constate à la partie interne du mamelon, une tumeur irrégulière, lobulée, à saillies bosselées et donnant une sensation d'élasticité et presque de fluctuation par endroits. La peau est normale. et le mamelon n'a donné lieu à aucun écoulement.

Le 5 mai 1887, ablation du sein. La tumeur consistait en une série de kystes renfermant une sérosité teintée de sang, l'un d'eux contenait une excroissance rouge foncée, solide, friable.

Quelques-unes de ces tumeurs se trouvaient disséminées dans la graisse de la glande mammaire.

En mars 1888, la partie interne de la cicatrice, présente un petit nodule de la grosseur d'une noisette. La tumeur enlevée ressemble à celles observées précédemment, cependant elle est moins pigmentée.

CONCLUSIONS

I. — L'écoulement de sang par le mamelon relève, en général, de l'épithélioma intracanaliculaire.

II. — L'écoulement de sang par le mamelon, associé à la présence d'une tumeur à siège rétromamelonnaire et à évolution lente, est symptomatique de l'épithélioma intracanaliculaire.

III. — L'épithélioma intracanaliculaire peut former des tumeurs massives — les papillomes des galactophores — constituées par un lacis très serré de végétations papillaires. Le plus souvent cependant, il revêt l'aspect de cavités kystiques dont les parois internes présentent des excroissances papillomateuses, — kystomes papillaires des galactophores.

IV. — Les végétations sont formées par des papilles dont l'axe conjonctivo-vasculaire est très mince et tapissé de part et d'autre d'une ou de plusieurs assises épithéliales cylindriques parfaitement régulières, absolument typiques.

V. — L'étiquette histologique apposée à cette variété de tumeurs, évoquant automatiquement l'idée d'un néoplasme malin, il nous semble plus logique de retenir le terme de « papillome des galactophores » ou d'associer au terme

d'épithélioma intracanaliculaire, consacré pr l'usage, l'épithète « typique ». Cette terminologie serait plus en concordance avec les faits cliniques.

VI. — La dégénérescence maligne de ces tumeurs, de structure histologiquement bénigne, est possible comme pour toutes les néoplasies bénignes du sein. Elle est cependant exceptionnelle et moins fréquente que pour ces dernières.

VII. — Le traitement rationnel consistera soit dans l'excision soit dans l'amputation partielle ou totale du sein, suivie ou non de l'ablation des ganglions du creux axillaire.

L'étendue de l'acte opératoire sera réglée par le volume de la tumeur ou par ses complications éventuelles. Au cours de l'intervention, le chirurgien devra s'assurer, par l'examen macroscopique et histologique extemporané s'il y a ou non transformation maligne. Le doute commandera la cure radicale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baumgartner. — Maladies de la mamelle. *Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.*

Begouin. — Précis de pathologie chirurgicale, t. III, 1914.

Bjlton Pollard. — Duct papilloma of the breast. *Transactions of the pathol. Soc. of London,* 1886.

Bolby. — The clinical course and structure of duct cancer or villous carcinoma of the breast. *St Bartholomew's Hospital Reports,* 1888, v. 24.

Cornil. — Tumeurs du sein, 1908.

Deaver John (B.). — The breast: Its anomalies, its diseases and their treatment, 1918.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, 1899.

Frémicourt. — *Thèse de Lille,* 1909. Etude sur le kyste végétant et l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques de la mamelle.

Hirschberg. — *Centralblat fur Gynakologie,* 1914, p. 939.

Labbe et Coyne. — Traité des tumeurs bénignes du sein, 1876.

Lérat. — *Gazette médicale de Nantes,* 1912, p. 293.

Reverdin et Mayor. — *Revue médicale de la Suisse romande,* 1890.

Vanverts (J.). — *Echo médical du Nord,* 1910, p. 319.

Vignard. — *Gazette médicale de Nantes,* 1912, p. 35. Epithélioma intracanaliculaire.

— Communication à la Société pathologique de Nantes, nov. 1911.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 10 juillet 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 6 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.